



MANDAT PRÉLÈVEMENT



SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle EPC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle EPC.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veillez compléter les champs marqués * et joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire.

Référence Unique de Mandat (à compléter par le créancier) :
 Identifiant Créancier SEPA : **FR 40EPC195812**

* Nom – Prénom de l'adhérent* : _____

* N° Sécurité Sociale* :

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER	ORGANISME CRÉANCIER
Nom* _____ Prénom* _____ Adresse* _____ Code Postal* _____ Ville* _____ Pays* _____	Mutuelle EPC TSA 77801 59049 LILLE CEDEX

* Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN* (*International Bank Account Number*)

* Code international d'identification de votre banque – BIC* (*Bank Identifier Code*)

* Périodicité du prélèvement : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Date de prélèvement : le 10 du mois

Signé à* _____ Le* _____

Signature* _____

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 01/04/1980 de la Commission Informatique et Liberté.